ARTIGO ORIGINAL

A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado

The construction of live networks in the course of users and family members, victims of trauma, in their trajectory in the search for care

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad[1], Alzira de Oliveira Jorge[2], Elza Machado Melo[2]

RESUMO

O direito à saúde exige, para a sua concretização, a manutenção de práticas integrais de cuidado. Este estudo busca investigar como se configura a oferta de serviços na rede de Belo Horizonte-BH e a continuidade de cuidados a pacientes vítimas de trauma, egressos hospitalares, e qual a percepção dos usuários sobre o atendimento de suas necessidades. Com o objetivo de descrever a construção das redes vivas a partir da perspectiva do usuário e familiares, tendo como referencial metodológico o usuário-guia no seu percurso em busca do cuidado, definiu-se pelo acompanhamento de dois egressos de um hospital de trauma do município. Analisou-se o percurso dos usuários por seis meses, realizando-se entrevistas em profundidade com os usuários, pesquisa nos prontuários e entrevistas com trabalhadores. As trajetórias assistenciais foram analisadas e deram origem a cinco categorias encontradas nos discursos (análise de conteúdo de Bardin). O artigo discute uma das categorias, que aborda a existência de movimentos de redes vivas na busca dos usuários-guia pela continuidade do cuidado. Evidenciou-se a potência dos encontros entre usuários, familiares, profissionais de saúde, mas também incipiência na formação de redes formais capazes de acolher e resolver as necessidades dos usuários. Concluiu-se que, na riqueza dos encontros, as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços, em alguns momentos com mais potência que em outros. É preciso investir na formação desses sujeitos para práticas integrais e resolutivas, que considerem o usuário protagonista do seu cuidado, indo a favor da ruptura com o modelo biomédico vigente, que obstaculiza o cuidado.

Palavras-chave: Integralidade; Continuidade do Cuidado; Redes de Atenção à Saúde.

[1] Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[2] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

For its fulfilment, the right to health demands the implementation of an integral care practice. This study aims to investigate the configuration of the supply of services provided in the health network of Belo Horizonte-BH and the continuity of care for trauma patients, hospital graduates, and the users' perspective on having their needs met. The purpose of describing the construction of the living networks from the perspective of the user and family led to the accompaniment of two egresses of a trauma hospital of the municipality, the methodological reference being the guide-user into his route in search of care. The users' trajectory was analyzed for six months, with in-depth interviews with the users, medical charts and interviews with workers. The care trajectories were analyzed and gave rise to 5 categories found in the speeches (Bardin Content Analysis). The article discusses one of these categories, which covers the existence of live network movements in search of the guide-users for the continuity of care. It became evident not only the power of meetings among users, family members and health professionals, but also the incipience in the

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Alzira de Oliveira Jorge
E-mail: alzira.ojorge@gmail.com

formation of formal networks capable of accommodating and solving the users' needs. It is concluded that the networks are being built in the daily services, in some moments with greater potency than in others. It is necessary to invest in the training of these subjects for integral and resolutive practices, which consider the user as the protagonist of their care, going in favor of breaking with the current biomedical model, which obstructs care.

Key words: Integrality; Continuity of Care; Health Care Networks.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Carta Magna de 1988, foi consequência do maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil. Experiência inovadora de construção de direitos e avanços jurídicos representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com a garantia da saúde dos cidadãos, elevando-a a um patamar de "direito de todos e dever do Estado". O inovador sistema de saúde garantiu, além da universalidade do acesso, os princípios da integralidade e da equidade, balizados sob as diretrizes da hierarquização, regionalização e descentralização.[1]

Nos últimos anos, discussões sobre o tema das regiões de saúde questionam as diretrizes de regionalização e hierarquização, supostamente fracionadoras da atenção em saúde. Integrar serviços, regionalizar a descentralização, qualificando-a, tem sido ponto de reflexão entre gestores, estudiosos e pesquisadores.[2]

A chamada "pirâmide" que organiza a rede de saúde por níveis de atenção não tem dado conta de garantir o acesso e as necessidades de saúde da população no tempo oportuno e com a eficiência e eficácia requeridas.[3] Quando se discute a organização da rede de serviços de saúde, a expressão "porta de entrada" é frequentemente utilizada. Autores criticam o modelo de rede hierarquizada e regionalizada no qual tem a atenção básica como de porta entrada do sistema de saúde. Mattos[4] expõe a ideia de que as portas de entrada são construídas socialmente e nessa construção ficam marcas da busca do usuário pelo acesso.

A despeito das construções formais de rede, há vários pontos desse fluxo que podem sofrer a interferência do trabalhador (com seu trabalho vivo) e dos usuários que elegem pontos de conexão e fazem escolhas que podem mudar completamente o desfecho, pois, afinal de contas, todo esse sistema é operado por pessoas, indivíduos que se comunicam. Isso exige muita flexibilidade dessa rede, especialmente porque nos processos de trabalho cotidianos é preciso reconhecer como legítimas as escolhas dos usuários para criar-se juntos arranjos mais flexíveis e cuidadores.[5,6]

A ideia de redes vivas aposta na mobilidade e no protagonismo do usuário e acredita que a base territorial para as unidades de saúde faz sentido se ela refletir a territorialização de rede social dos indivíduos e suas reais necessidades de acesso aos serviços de saúde. Faz um convite para a ampliação do olhar do profissional de saúde, integrando o saber do usuário e sua percepção sobre o processo saúde x doença, reconhecendo e valorizando a existência de um "agir leigo" produtor de mundos, quase sempre invisível ou não valorizado por gestores e profissionais de saúde.[5]

Esses autores rompem com a proposta de hierarquização tradicional de rede, ligada às tecnologias duras e leve-duras e vislumbram uma possibilidade de múltiplas entradas, em uma perspectiva horizontal e circular, na qual os usuários teriam livre acesso de acordo com suas necessidades, desenhando fluxos e formando uma "malha de cuidados ininterruptos" organizados de forma progressiva. Inspiram-se na ideia de "rizoma".[7] Em uma rede, como uma malha, não há maior e menor, anterior e posterior, início e fim. Tudo que há é o tramado. Só há meio, "entre nós", ligações e conexões.

O Sistema Único de Saúde, em seus 30 anos de criação, já alcançou memoráveis vitórias pra a saúde pública, marcadas por programas e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, entretanto, ainda vive muitos desafios a serem enfrentados.[1]

Entre os desafios, diversos são destacados, como a falta de integração entre os serviços e a comunicação frágil entre as equipes, os processos de trabalho ligados à matriz biomédica, que obstacularizam o acesso e a dificuldade para que se dê continuidade no cuidado com integralidade na atenção.

Atendendo ao que foi exposto, investigou-se a oferta de serviços e continuidade do cuidado para o atendimento de urgência, reabilitação e reinserção social de vítimas de trauma na rede de atenção à saúde de Belo Horizonte, município que possui um sistema de saúde consolidado, no qual 85% da sua população são cobertos pelo Programa de Saúde da Família.

Foram formuladas as seguintes perguntas orientadoras: como se configura a oferta de serviços na Rede de Belo Horizonte e a continuidade de cuidados a pacientes vítimas de trauma, egressos de um grande hospital de trauma? Qual é a percepção desses usuários e seus familiares sobre o atendimento de

suas necessidades de saúde, visando à reabilitação e reinserção social?

Elaborou-se estudo que teve como objetivo geral descrever a construção das redes vivas a partir da perspectiva do usuário e/ou seus familiares, tendo como referencial metodológico o usuário-guia no seu percurso em busca do cuidado. Para atingir tal objetivo, foi utilizada a metodologia do usuário-guia. Essa metodologia trabalha com os encontros forjados pelo trabalho vivo em ato, nos encontros dos atores usuário, familiar, trabalhador, gestor, no campo da busca pelo cuidado. É a construção das redes vivas.[5]

A metodologia do usuário-guia pode ser compreendida como o relato da produção do cuidado ofertado a um usuário de saúde acompanhado por um serviço. Nessa perspectiva estão incluídos os encontros entre o usuário e: outros profissionais de saúde, sua família, seus cuidadores, outros serviços de saúde, outros dispositivos sociais, comunidade, amigos, pessoas ou entidades envolvidas no cuidado, etc. Dessa forma, traçam-se os encontros de encontros e constrói-se uma rede cartográfica de pessoas e serviços envolvidos no cuidado necessário a esse determinado usuário.

Nessa perspectiva, o usuário-guia apresenta-se como uma possibilidade de análise no qual ele é a principal referência para o entendimento do complexo processo de produção do cuidado em saúde.

O estudo teve como sujeitos dois usuários, sendo um do sexo masculino e uma do sexo feminino, vítimas de trauma, moradores de Belo Horizonte, egressos do principal hospital de referência ao trauma do município. Os sujeitos foram acompanhados dos meses de janeiro a junho de 2016, sendo realizadas visitas para a coleta de dados por meio de entrevistas em profundidade, do usuário ou de familiar envolvido no cuidado. Contatos telefônicos também foram realizados durante esse período, assim como mensagens pelo aplicativo do *WhatsApp*, o que facilitou o estreitamento do vínculo da pesquisadora com os sujeitos.

A análise de conteúdo das narrativas se deu após uma detida avaliação das entrevistas realizadas com os usuários e seus familiares, em que foi possível a definição de alguns núcleos temáticos que deram lugar às categorias que mostram a perspectiva e o olhar desse grupo sobre os seus encontros na busca pela continuidade do cuidado.

Considerando a técnica da análise de conteúdo temática de Bardin, analisando os discursos transcritos na íntegra, foram encontradas cinco categorias. Este artigo se trata de um recorte do trabalho de dissertação de uma das autoras, apresentado ao curso de Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção Violência da Faculdade de Medicina da UFMG e se dedica a explorar os achados sobre a existência de movimentos de redes vivas na busca dos usuários-guia ou seus familiares pela continuidade do cuidado.[8]

Existência de movimentos e/ou momentos de redes vivas na busca dos usuários-guia ou seus familiares pela continuidade do cuidado

As redes vivas são como malhas, não há início nem fim, só há ligações e conexões. São circunstanciais e dependem de diversas situações e fatores a seu favor para serem redes vivas e possibilitarem o protagonismo do usuário e garantirem acesso e qualidade da assistência. Possuem uma característica de instabilidade, ou seja, em alguns momentos montam, em outros desmontam e também podem ser redes mortas, que burocratizam e dificultam a resolução das necessidades de saúde da população.[5]

Dessa maneira, com base na trajetória dos dois usuários, sujeitos deste estudo, foram analisados os momentos circunstanciais de redes vivas e redes mortas ou momentos de ausência de rede, que causam uma ruptura na continuidade do cuidado e significam ausência de integralidade e encontram-se exemplos bastante ricos de ambas as situações. São momentos em que os usuários, familiares, profissionais ou gestores são proativos e dão movimento às redes, em que se percebe a dependência da intervenção de determinados profissionais e a burocratização, que mais se configuraram como momentos de redes mortas.

A seguir, registram-se alguns trechos de entrevistas que trazem a perspectiva das redes vivas: a família cuidadora, que se adapta às necessidades do seu familiar doente, garante o seu cuidado, e utiliza todos os recursos que tem para isso, inclusive a ajuda da vizinhança.

> *[...] É, ele chegou sem condição nenhuma, na cama, né? Você tinha de carregar o tempo todo no colo, levando para o banho na cadeirinha, aquela dificuldade toda. Inclusive, o pessoal do posto falou que ele devia de contratar uma cama hospitalar. Aí a gente falou não, porque se não ele vai ficar dependente a vida toda na cama. E logo já começou forçando ele*

pra sentar, lá no João XXIII ensinaram alguns exercícios, aí meu irmão fazia, minha filha fazia, com ele à noite entendeu? Fazia à tarde. E ele foi fortalecendo aos poucos. Porque ele já ganhou muito peso! Então, era assim, tudo a gente ficava vigiando na fralda. Aí teve uma diarreia muito forte, depois aprendeu com o marreco… que a gente vai adaptando […] (Trecho da entrevista da irmã do usuário José, no dia 12/02/2016).

Tem um vizinho aqui na frente que ele é enfermeiro, que ele fez muito curativo na tráqueo dele, sabe? E ajudou a gente demais também, a recuperar né? Não, não deixa ele na cama, tira ele da cama, põe ele sentado, força, força, força, ele foi forçando assim e foi lento, né… E aí, no dia que ele passou mal, ele já tava andando […] (Trecho da entrevista da irmã do usuário José, no dia 12/02/2016).

O movimento de não rede, ou redes mortas, foi identificado principalmente nas falas da filha da usuária do sexo feminino, identificada neste estudo como Srª. Maria. Sua família literalmente realizou uma peregrinação na busca pelo cuidado e pela satisfação e qualidade do cuidado recebido.

[…] Tudo muito complicado, desde o momento em que ela saiu do hospital. E aí ela foi para a casa da minha irmã, né, tá na casa da minha irmã, porque ela mora ela e meu pai, mas não foi pra ficar com o meu pai porque meu pai também não ia dar conta. Porque ele tem glaucoma e, assim, um pouco mais difícil… E a gente faz o que acha que tá certo, porque a gente num tem um acompanhamento […] (Trecho da entrevista da filha da usuária Maria, de 21/01/2016).

[…] Tá. É… nós fizemos essa mudança mesmo, né, de um bairro, de um posto para o outro por falta de atendimento no outro posto, por ela já morar aqui, né, no bairro, e o outro posto era o posto do bairro da minha irmã, né, que ela teve que ir prá lá quando saiu do hospital. E quando percebemos que lá ela não tava tendo cuidado, que não tinha respaldo nenhum, aí depois de dois meses, com uma única consulta, né, aí foi que nós fizemos a escolha que voltar com ela para o posto dela, né, onde que ela mora, já era atendida, acompanhada pelo médico. […] O médico dela é um médico cubano e ele nos relatou que vai ficar aqui só até agosto porque é o momento é que acaba o contrato e ele não sabe se vai ser renovado. […] a gente veio, né, já pensando nesses cuidados e dele dar esse acompanhamento, que ele já acompanhava, só que numa nova história. Agora, pior pela queda, pelas sequelas, né, que ficou do tombo, pelas necessidades de fono, fisioterapeuta, nutricionista e aqui no posto tem esse atendimento, eles fazem esse atendimento, domiciliar […] (Trecho da entrevista da filha da usuária Maria, no dia 11/04/2016).

As redes existenciais têm momentos de estanque, em que as necessidades de saúde dos indivíduos não são atendidas, os espaços são obstaculizados, embarreirados e não há longitudinalidade ou continuidade do cuidado. Esses são momentos de não rede, ausência de redes vivas.[5]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros que se deram durante o caminhar dos usuários e seus familiares pela rede na busca pela continuidade do cuidado foram os disparadores desta pesquisa e permitiram, sob a perspectiva dos sujeitos, a identificação da construção de redes vivas, formais e informais, que vão se tecendo a partir das relações estabelecidas. Permitiu ainda a constatação de que há momentos em que as redes não constroem relações nem criam oportunidades de cuidado, e sim criam barreiras.

Esta análise possibilitou a identificação de protagonismos entre os atores, a interação entre os equipamentos sociais e estações de cuidado da rede na busca da continuidade do cuidado e na reconstrução de memórias que, de alguma forma, estão envolvidas com o cuidado do usuário.

Os dois usuários-guia escolhidos atuaram como sementes da pesquisa e, portanto, escolhidos pela sua fecundidade, seguimos o seu brotamento para traçar as redes de cuidado estruturadas por meio das relações e dos encontros. A utilização da metodologia do usuário-guia possibilitou à pesquisadora a oportunidade de viver a riqueza dos encontros produtores de cuidado para além dos registros obtidos nos bancos de dados. Exploraram-se as conexões dos usuários com os familiares e destes com as redes formais e informais, gerando uma gama de possibilidades, que é o tramado, são os nós das redes existenciais.

A realização de entrevistas/conversas em profundidade foi importante para a observação dos brotamentos dos rizomas na rede, definidos pela riqueza das conexões traçadas pelos sujeitos em busca do cuidado, trazendo infinitas possibilidades de busca e análise de

dados novos, já que o mundo da vida se constrói e é forjado em ato, nos encontros produtores de cuidado.

Esta pesquisa oportunizou a apreensão de um saber produzido por usuários e familiares "produtores de saber". Esse é um saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida, saber imprescindível para os arranjos das tecnologias leves.[9]

Concluiu-se que as redes vivas possibilitam a mobilidade do usuário que transversaliza a formalidade dos equipamentos instituídos e, dessa maneira, o cuidado se dá a partir de encontros. A metodologia do usuário-guia permitiu a análise do brotamento das relações e a intensidade da produção singular do cuidado. Na riqueza desses encontros, do trabalho vivo, forjado em ato é que as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Souza GCA, Costa IC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões nun contexto de mudanças. Saúde Soc. 2010; 19(03): 509-17.
2. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc. 2015; 2(2): 11-9.
3. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997; 13(3): 469-78.
4. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª ed. São Paulo: ABRASCO; 2009. p.369-83.
5. Merhy EE, Santos MFL, Silva E, Gomes MPC, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg Saúde Debate. 2014; (52): 153-64.
6. EPS Em Movimento. Usuário guia. 2014. [citado em 2015 out. 21]. Disponível em: http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia
7. Deleuze G, Guattari F. Introdução: rizoma. In: Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs. 1995; (1): 11-38.
8. Castro ACHOA. Construção de redes vivas no percurso de vítimas de trauma com exigência de cuidados após alta hospitalar sob a perspectiva dos usuários e familiares [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
9. Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias: em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Lugar Comun. 2009; (27): 281-306.